

Edition 2022



CISP-3 Manuel d'utilisation

Huib Ten Napel & Kees van Boven

Version Française par Marc Jamouille & Eric Guerber, CISP-Club, 2022

Comment coder les données en soins de santé primaires

L'utilisation standardisée de la CISP-3

Les méthodes de codage des informations à l'aide de la CISP varient quelque peu en fonction du type d'informations enregistrées, par exemple le motif de la consultation, le problème de santé, le statut fonctionnel et les facteurs connexes ou l'acte réalisé. On suggère ici des normes pour promouvoir un enregistrement cohérent et donc une meilleure comparabilité des données entre les centres.

Les règles de codage sont basées sur les règles de codage des classes de la CISP-2 additionnées de celles des nouveaux chapitres de la CISP-3.

Nous recommandons d'ouvrir le navigateur de la classification tout en étudiant le manuel CISP-3 (<https://browser.icpc-3.info/>) sur le site <https://icpc-3.info/>.

Pour plus d'informations sur la CISP-3, consulter la version complète du manuel d'utilisation et de la classification de la CISP-3 (en anglais)

: <https://www.routledge.com/ICPC-3-International-Classification-of-Primary-Care-User-Manual-and-Classification/Boven-Napel/p/book/9781032053394>

Aperçu des chapitres du manuel d'instructions

- 01 Quelles sont les caractéristiques de la CISP ?
- 02 Norme pour l'utilisation du motif de la rencontre
- 03 Norme pour l'utilisation des problèmes de santé et des épisodes de soins non liés à une maladie
- 04 Norme pour l'utilisation du statut fonctionnel et des facteurs connexes
- 05 Norme pour l'utilisation des processus de soins (interventions)
- 06 Norme pour l'utilisation des extensions régionales, des Codes réservés et d'Extension
- 07 CISP - Concepts importants
- 08 Structure proposée pour la description des rencontres

Caractéristiques

Chapitres

La CISP est divisée en 19 chapitres. Quatorze chapitres corporels représentant la localisation du problème et / ou de la maladie. Cela la rend facile à utiliser pour les professionnels de soins de santé. En plus des chapitres pour les différents systèmes corporels, il y a des chapitres pour les questions générales, pour la prévention, la planification familiale et l'examen général, pour les problèmes sociaux, pour le statut fonctionnel et les facteurs connexes et un chapitre pour les interventions. La possibilité de saisir la prévention/planification familiale, les questions non spécifiées, les problèmes sociaux et les informations sur les activités et la participation est très importante pour comprendre ce qui se passe en soins primaires. Le choix des classes est basé sur le cadre qui combine les RFE (Reason For Encounter) avec les maladies / problèmes de santé, la participation, les activités, le statut fonctionnel, les actes / procédures et les facteurs environnementaux. Il s'agit d'une classification adaptée aux soins primaires utilisant des concepts de soins primaires liés aux autres classifications (y compris la CIM-10, la CIM-11, la CIF, l'ICHI et Snomed-CT).

Symptômes, plaintes et maladies

Les chapitres B - W (organes corporels) et le chapitre A sont divisés en deux composantes. Les composantes traitent des symptômes et des plaintes (S pour Symptom) ; et des maladies (D) (D pour Disease). Une grande attention est accordée aux symptômes et aux plaintes du patient dans la première composante de chaque chapitre en tant que motif de la rencontre (RFE), ce qui n'est pas saisi par la CIM. La CISP permet de relier les codes depuis la raison de rencontre RFE jusqu'à la conclusion.

Statut fonctionnel (physiologique ou psychologique) et facteurs connexes (personnel ou environnemental)

Ce chapitre permet de décrire les modalités d'utilisation du statut fonctionnel et des facteurs connexes de toutes les personnes (premier contact et suivi) en rapport avec le système de soins de santé dans les établissements de soins primaires et communautaires. Ils fournissent une vue d'ensemble d'une personne dans une approche personne-en-contexte, à un certain moment dans le temps.

Le **statut fonctionnel** (d'une personne) est déterminé par et dépend de : 1. des fonctions physiologiques (y compris les fonctions psychologiques), divisées en classes 2F71 à 2F99, 2. de l'exécution de tâches ou d'actions par cette personne, les classes sous la rubrique activités et participation 2Fo1 à 2F69.

Les **facteurs connexes au statut fonctionnel** décrivent le contexte dans lequel le statut fonctionnel évolue et comment ou avec quel soutien il se réalise. Ils se composent de facteurs environnementaux dans lesquels la personne vit (les choses extérieures à la personne) et les facteurs de personnalité, ceux pour lesquelles une personne diffère d'une autre personne. Les facteurs de personnalité nécessitent la perception et l'expression personnelles (et sont indiquées par le patient lui-même), et dans quelle mesure, une caractéristique personnelle joue un rôle dans le contexte de la santé de la personne.

Caractéristiques propres – suite

Interventions et processus

En plus des processus de diagnostic et de la stratégie thérapeutique, le programme lié aux maladies, les références et l'administration peuvent être enregistrés par les classes de ce chapitre.

Interventions dans les sous-composantes :

- 1 Interventions diagnostiques
- 2 Interventions thérapeutiques et préventives
- 3 Programmes liés aux maladies en cours et
- 6 Les procédures administratives utilisées dans le processus de soins médicaux.

Les sous-composantes suivantes ne peuvent pas être utilisées de la même manière mais sont quand même plus ou moins des interventions

4 Résultats

et certaines classes dans :

5 Consultation, avis et autres raisons de rencontre, comme :

- 501 Rencontre ou problème initié par le professionnel
- 502 Rencontre ou problème initié par une personne autre que le patient/prestataire
- 503 Clarification et discussion de la RFE du patient, demande de soins

Motif de la rencontre (RFE – Reason For Encounter)

Les patients commencent normalement la consultation par une déclaration verbale spontanée sur la raison de leur visite chez le professionnel de santé (PS). C'est ce qu'on appelle le motif de la rencontre (RFE). C'est le début de l'interaction et elle précède l'interprétation par le PS. Le RFE est l'expression littérale de la ou des raisons pour lesquelles une personne vient en consultation, traduite en un code CISP par le PS. Il représente le besoin de soins de cette personne. Le RFE peut être présenté sous la forme de symptômes et de plaintes ('une douleur abdominale, une éruption cutanée') mais aussi de maladies auto-diagnostiquées ('j'ai la grippe'), d'un problème dans une activité ('je ne peux pas travailler') ou de demandes pour une intervention particulière.

Le prestataire de soins primaires doit identifier et clarifier le motif de la rencontre (RFE) tel qu'il a été déclaré par le patient, sans porter de jugement sur l'exactitude ou la justesse du motif. La déclaration du patient est traduite en un terme de classification et codée. Cette utilisation de la classification est guidée par trois principes :

Trois principes:

1. Le motif de la rencontre doit être compris et convenu entre le patient et le prestataire et doit être reconnu par le patient comme une description acceptable.
2. La classe CISP choisie doit être aussi proche que possible de l'énoncé original du motif donné par le patient et doit être une transformation minimale ou nulle de la part du prestataire. Cependant, il est nécessaire de clarifier les raisons de la rencontre du patient dans le cadre de la CISP afin de pouvoir appliquer la classe la plus appropriée.
3. Les critères de description et d'inclusion énumérés pour les classes utilisées pour enregistrer ne doivent PAS être employés, car le motif de la rencontre doit être documenté du point de vue du patient, en se basant entièrement sur la déclaration du patient concernant le motif.

Presque toutes les parties de la classification sont applicables car les patients peuvent décrire les raisons pour lesquelles ils cherchent des soins de santé sous forme de symptômes ou de plaintes, de demandes de services, de problèmes d'activités et de participations ou de problèmes de santé. La façon dont le patient exprime son ou ses motifs de consultation détermine le chapitre et le (sous-)composant à utiliser, à l'exception des classes qui relèvent du composant « statut fonctionnel et facteurs connexes ». Ces classes peuvent être utilisées par le professionnel de santé pour approfondir les RFE et épisodes de soins pour des concepts similaires dans Symptômes et plaintes.

Choisir le code du chapitre

Pour coder le RFE, il faut d'abord sélectionner le chapitre approprié, attribuer le bon code alphabétique à un ou deux caractères, puis le code numérique à deux ou trois caractères dans la (sous-)composante pertinente, comme un symptôme ou une plainte, un diagnostic, des limitations d'activités et de participations ou une intervention. Les termes de recherche de la CISP-3 en ligne doivent être utilisés en cas d'incertitude sur le chapitre ou le (sous-)composant dans lequel un motif de consultation spécifique doit être placé.

Le chapitre A1 est utilisé pour les motifs de la rencontre qui se rapportent à la nécessité d'une vaccination ou d'un dépistage, à la planification familiale, aux préférences du patient ou à la recherche de cas individuels. Le chapitre A est utilisé pour les RFE qui se rapportent à des systèmes corporels non spécifiés ou multiples, les chapitres B-W aux RFE liés aux systèmes corporels et le chapitre Z aux RFE liés aux problèmes sociaux. Les RFE liées aux processus de soins se trouvent au chapitre I et les RFE liées aux limitations des activités et de la participation au chapitre II.

Lorsque la CISP est utilisée pour enregistrer les RFE, cinq règles s'appliquent à l'utilisation des chapitres. Ces règles sont énumérées ci-dessous avec des exemples pour l'application de ces règles

Règle 1

Chaque fois que le patient fait une déclaration spécifique, utiliser sa terminologie.

Exemple : La jaunisse, sous la forme d'un terme descriptif diagnostique, se trouve au chapitre D (système digestif) mais le patient peut présenter ce symptôme sous la forme d'une coloration jaune de la peau (chapitre S). Si le patient exprime le problème par 'jaunisse', le code CISP est DS13. Cependant, si le patient déclare 'ma peau est devenue jaune', le code correct serait SSo7 (changement de couleur de la peau), même si le professionnel de soins de santé est certain que le diagnostic est une forme d'hépatite.

Règle 2

Le motif de la rencontre doit être codé aussi précisément que possible et peut nécessiter quelques éclaircissements de la part du PS.

Exemple: La douleur thoracique peut être codée comme AS12 (douleur thoracique), ou comme KSo1 (douleur, pression, oppression du cœur), ou comme RSo1 (douleur du système respiratoire), ou comme LSo4 (symptôme ou plainte musculo-squelettique de la poitrine). La décision quant à la sélection correcte ne repose pas sur l'opinion du professionnel quant au type de douleur thoracique, mais plutôt sur la façon dont le patient exprime la raison de sa rencontre lorsque le prestataire lui demande des précisions.

'C'est partout dans ma poitrine...' AS12, 'J'ai mal à la poitrine quand je tousse' RSo1, 'J'ai mal à la poitrine... je pense que c'est mon cœur' KSo1, 'J'ai mal à la poitrine après être tombé dans les escaliers' LSo4.

Règle 3

Lorsque le patient est incapable de décrire sa plainte, la raison donnée par la personne qui l'accompagne est acceptable au même titre que celle énoncée par le patient (par exemple, une mère qui amène un enfant ou des proches qui accompagnent un patient)

Règle 4

Si le patient indique une limitation des activités ou un obstacle à la participation, il faut également demander le degré de limitation en utilisant l'échelle de valeurs des problèmes.

Règle 5

Tout problème, quel qu'il soit, présenté verbalement par le patient doit être enregistré comme raison de la rencontre. Un codage multiple est nécessaire si le patient donne plus d'une raison. Coder chaque raison présentée, quelle que soit l'étape de la rencontre à laquelle elle se produit.

Exemples:

'J'ai besoin de mes comprimés pour l'asthme. Aussi, mon genou me fait mal' -R201, LS14.

Si, par la suite, le patient demande : "Qu'est-ce que cette bosse sur ma peau?" ou "Je ne peux pas monter les escaliers", ces questions sont également codées comme motif de consultation -SS04 et 2F28-PSV3.

Choisir le (sous-)composant dans les chapitres

Symptômes et plaintes des chapitres A - Z

Les raisons les plus courantes invoquées par les patients pour demander des soins de santé sont présentées sous forme de symptômes et de plaintes. Cela implique que les composants des symptômes et plaintes des chapitres A-Z seront largement utilisés. Ces symptômes sont spécifiques à chaque chapitre ; les nausées se trouvent dans le chapitre Digestif (DS09), tandis que les éternuements (RS09) se trouvent dans le chapitre Respiratoire. Bien que la plupart des entrées de ce composant soient des symptômes spécifiques au chapitre dans lequel ils se trouvent, une certaine normalisation a été introduite pour faciliter le codage

Standardisation des classes de symptômes et de plaintes des chapitres A - W

Dans la plupart des chapitres, à l'exception du chapitre A1, du chapitre Z, du chapitre I et du chapitre II, le contenu de la composante -S est organisé comme suit :

- S01 - -S49 Symptômes et plaintes
- S50 - -S89 Résultats anormaux et observations physiques
- S90 - -S98 Inquiétude ou crainte d'une maladie ou d'un état (cancer inclus)
- S99 Autres symptômes, plaintes ou observations anormaux spécifiés

La première classe de chaque chapitre concerne le symptôme de la douleur. Par exemple, les douleurs ou les maux d'oreille (HS01) et les maux de tête (NS01).

Les codes -S50 et d'autres, sont utilisés lorsque le patient indique une découverte physique anormale chez lui. Exemples:

'Je pense que ma pression sanguine est basse'; KS50, 'Je suis en sous-poids'; TS50

Les codes -S90 et d'autres, sont utilisés lorsque le patient exprime son inquiétude ou sa peur du cancer ou d'un autre état ou maladie. En voici quelques exemples :

'J'ai peur d'avoir la tuberculose' AS90, 'J'ai peur d'avoir un cancer du sein'. GS93, 'J'ai peur de la maladie vénérienne' GS92

Même si le professionnel de santé pense qu'une telle peur exprimée est injustifiée ou illogique, elle présente la raison de la rencontre du patient.

Choisir le (sous-)composant dans les chapitres - suite -.

Standardisation des classes des symptômes et plaintes des chapitres A - W - suite -

Dans chaque chapitre, le code de composant et de sous-composant --99 est la classe résiduelle ou "fourre-tout" pour ce (sous-) composant. Elle contient des classes peu communes et inhabituelles qui n'ont pas de classe séparée ou qui ne font pas partie des conditions d'inclusion d'autres classes et peut également être utilisée pour les classes qui ne sont pas clairement indiquées. On évite d'utiliser la classe "non spécifiée" car dans tous les cas, il est nécessaire d'être aussi précis que possible. Avant d'utiliser cette classe, il faut toujours consulter les termes d'indexation pour trouver des termes synonymes dans d'autres classes.

Limitations des activités et obstacles à la participation, Sous-composante 2Fo du Chapitre II

Les classes 2Fo1-2F6g doivent être utilisées lorsque la raison de la rencontre du patient est exprimée en termes de limitations ou d'obstacles qui affectent les activités et la participation à la vie quotidienne et aux fonctions sociales.



Utiliser toujours l'échelle de valeur du problème

Exemples:

'Je ne peux pas monter les escaliers à cause du plâtre qu'ils ont mis sur la jambe pour la fracture de la cheville'.
2F28 & PSV.3 et LD36 (Composante D, diagnostics et maladies).



'Je ne peux pas travailler au bureau car je ne peux pas m'asseoir longtemps à cause des hémorroïdes' 2F58
& PSV.3 et 2F21 PSV.3 and DD84 (Composante D, diagnostics et maladies).



Choisir le (sous-)composant dans les chapitres

Composants des interventions et des processus (interventions diagnostiques, thérapeutiques et préventives, programmes liés aux affections en cours, résultats de tests, références ou administratifs).

Les raisons incluses dans ce concept sont celles pour lesquelles le patient :

a cherche un type de procédure, par exemple "*Je suis ici pour faire une analyse de sang*" (-105)



Voir le chapitre 05 pour la règle sur l'utilisation du tiret.

Exemples :

Le patient peut demander une procédure particulière en rapport avec un problème exprimé ou en tant que demande isolée, par exemple :

'*Je veux que le médecin examine mon cœur*'. K102, ou

'*Je pense que je dois faire tester mon urine*'. (-106), ou

'*J'ai besoin d'une vaccination*'. (-202)

Une clarification de la part du professionnel de santé est nécessaire pour savoir pourquoi le patient pense avoir besoin d'une analyse d'urine afin de sélectionner le code alphanumérique approprié. Si c'est à cause d'une possible infection de la vessie, le code est U106 si c'est à cause du diabète T106. Si le résultat d'une radiographie qui est demandée fait référence à un repas baryté D401. Le code pour une demande de vaccination contre la rubéole est A202.

b. demande de traitement ou si le patient mentionne les instructions du médecin de revenir pour un traitement, une procédure ou un médicament spécifique comme raison de la rencontre.

Une clarification supplémentaire par le professionnel de santé est souvent nécessaire pour identifier le code le plus approprié.

Exemples:

'*J'ai besoin de mes médicaments*'. (-201). Si le patient exprime la raison pour laquelle il prend le médicament ou si le professionnel de santé connaît la raison, sélectionner le code alpha approprié, par exemple pour une infection des sinus le code serait R201.

'*Je suis ici pour faire enlever mon plâtre*'. (-207). S'il est évident que, par exemple, le patient a eu une fracture du bras, le code alpha correct à sélectionner serait L (système locomoteur)

'*On m'a dit de venir pour le retrait des points de suture aujourd'hui*'. (-207). Bien que l'on puisse d'abord penser que tous les retraits de sutures se trouvent dans le chapitre Peau, le patient peut avoir des points de suture provenant d'une chirurgie des paupières F207 ou d'une opération du phimosis G207.

Choisir le (sous-)composant dans les chapitres

Composants des interventions et des processus (Interventions diagnostiques, thérapeutiques et préventives, programmes liés aux maladies en cours, résultats de tests, renvois ou administratifs) - suite -.

c. peut demander un programme de soins. Un programme de soins consiste en une combinaison de diverses interventions liées à une maladies en cours.

Exemple :



'Je suis venu pour mon programme diabète'. (T308).

d. demande spécifiquement les résultats des tests effectués précédemment.

Ce sous-composant doit être utilisé lorsque le patient demande spécifiquement les résultats de tests effectués précédemment. Le fait que les résultats du test puissent être négatifs n'affecte pas l'utilisation de ce composant. Souvent, le patient demande le résultat du test et ses conséquences et cherche plus d'informations sur le problème sous-jacent. Dans ce cas, envisager également d'utiliser le code supplémentaire -203 (éducation sanitaire, conseils).

Exemples:



'Je suis venu chercher le résultat de la radiographie de ma cheville.' (L401).



'J'ai besoin des résultats de mon test sanguin'. Si le test était pour l'anémie, code B401, si pour l'hypercholestérolémie T401, si le patient ne peut pas préciser A401.



'Je suis censé récupérer le résultat de mon test d'urine et l'apporter à l'urologue. Je veux aussi savoir ce qu'il va faire et quels examens et traitements attendre' (U401, U203).



'Je veux connaître les résultats des tests effectués par le spécialiste'. -402. La classe -402 doit être utilisée lorsque le patient demande le résultat d'un examen ou d'un test à un autre professionnel de santé.

e. le motif de la rencontre est d'être orienté vers un autre professionnel de santé

Si le motif de la rencontre du patient est d'être orienté vers un autre professionnel de santé : -506, orientation vers un autre professionnel de soins primaires ; -507, orientation vers un spécialiste, une clinique ou un hôpital et -599, autres consultations, orientations et motifs de rencontre spécifiés peuvent être utilisés à cette fin. Si le patient déclare que la raison de sa rencontre est "envoyé par quelqu'un d'autre...", utiliser -502.

Choisir le (sous-)composant dans les chapitres

Composants des interventions et des processus (Interventions diagnostiques, thérapeutiques et préventives, programmes liés aux maladies en cours, résultats de tests, avis ou administratifs) - suite -.

f. motif de la rencontre pour un problème initié par le professionnel de santé

Lorsqu'un professionnel de santé initie un épisode ou prend l'initiative du suivi d'un épisode déjà existant d'un problème de santé tel que l'hypertension, l'obésité, l'alcoolisme ou le tabagisme, il sera approprié de coder le motif de la rencontre comme -501, rencontre ou problème initié par le professionnel de santé. Si le professionnel de santé a conseillé au patient de revenir pour une visite de contrôle, ce code ne doit pas être utilisé. Souvent, l'utilisation de -102 "venir pour contrôle" est le code approprié.

Exemples :

Un patient se présente avec une oreille bouchée par du cérumen, qui est retiré. Le professionnel de santé a mesuré sa tension artérielle (il ne s'agit donc pas d'un RFE mentionné par le patient) et l'a trouvée élevée, et le patient reçoit également des conseils sur le tabagisme. Les raisons de la consultation du patient ainsi que les problèmes et traitements associés seraient enregistrés comme suit :

H506 (sensation de bouchon dans l'oreille), HD66 (excès de cérumen), H204 (retrait du cérumen).

K501 (à l'initiative du professionnel de santé), KS51 (tension artérielle élevée), K102 (vérification de la tension artérielle).

P501 (à l'initiative du professionnel de santé), PS14 (problème de tabagisme), P203 (conseil pour arrêter de fumer).

g. Les raisons administratives de la rencontre avec le système de santé comprennent des éléments tels que les examens exigés par un tiers (quelqu'un d'autre que le patient), les formulaires d'assurance à remplir et les discussions concernant le transfert de dossiers.

Exemples :

'J'ai besoin de remplir ce formulaire d'assurance médicale' (A601).

'Ma fracture est guérie et j'ai besoin d'un certificat pour retourner au travail' (L601).

Choisir le (sous-)composant dans les chapitres

Diagnostic et problèmes des chapitres A - W

Ce n'est que lorsque le patient exprime le motif de la rencontre comme un diagnostic ou une maladie spécifique qu'il doit être codé dans le composant D des chapitres A - W.

Le motif de la consultation d'un patient dont on sait qu'il est diabétique mais qui se plaint de faiblesse ne doit pas être codé en fonction du diabète mais du problème exprimé : 'faiblesse' (ASo4). Cependant, si le patient déclare qu'il est venu pour son 'diabète', le diagnostic 'diabète' doit être codé comme motif de consultation (TD72 ou TD71).

Si le patient indique un motif de consultation sous la forme d'un diagnostic dont le prestataire sait qu'il n'est pas correct, le RFE "erroné" du patient est codé plutôt que le RFE "correct" du médecin ; par exemple, un patient qui présente un motif de consultation "*migraine*", alors que le prestataire sait qu'il s'agit d'une céphalée de tension, ou un patient dont on sait qu'il a des polypes nasaux qui présente un "*rhume des foins*".

Exemples:

'Je suis ici à cause de mon hypertension'. (KD73).

'Je viens chaque mois pour l'arthrite de ma hanche' (LD78).

Règle générale

Règle

Les classes de plus d'un composant, ou plus d'une classe du même composant, peuvent être utilisées pour la même rencontre si plus d'une raison est présentée par le patient.

Exemples:

'J'ai des douleurs abdominales depuis hier soir et j'ai vomi plusieurs fois' DSo1, DS10.

'J'ai des douleurs abdominales et je pense que j'ai peut-être une appendicite' DSo6, DD72.

Règles générales pour le codage des problèmes de santé et des soins non liés à une maladie

Problèmes de santé

Après l'anamnèse et l'examen physique, le professionnel de santé établit un diagnostic / une évaluation qui indique l'épisode de soins dans lequel la rencontre a lieu. Le diagnostic / l'évaluation est le point de vue du professionnel de santé. Le titre de l'épisode peut être un symptôme, une maladie ou un problème, un problème d'activité ou de participation ou un épisode de soins non lié à une maladie, comme les visites liées au besoin de vaccination, à un examen de dépistage spécial et à la promotion de la santé publique. Le titre de l'épisode ne peut jamais être un processus, une intervention, un statut fonctionnel ou un facteur connexe à ce statut.

Pour améliorer la fiabilité du codage des problèmes de santé à l'aide de la CISP-3, presque toutes les classes ont des informations supplémentaires pour guider leur utilisation : descriptions, termes d'inclusion et d'exclusion, termes d'index et parfois des conseils et des notes de codage. Ces éléments sont expliqués au chapitre 4 du livre : Manuel de classification par la CISP-3.

Règles générales pour le codage des problèmes de santé et des épisodes de soins non liés à une maladie

Les utilisateurs sont encouragés à enregistrer, lors de chaque rencontre, l'ensemble des problèmes et des épisodes de soins gérés dans cette rencontre, y compris les problèmes de santé organiques, psychologiques, sociaux, les problèmes d'activités et de participation sous la forme d'épisode(s) de soins.

L'enregistrement doit se faire au plus haut niveau de raffinement diagnostique que peut assurer l'utilisateur, et qui répond à la description ou aux critères d'inclusion pour cette classe. Dans tout système de données, il est nécessaire d'avoir des critères clairs et spécifiques sur la manière dont les problèmes de santé ou les épisodes de soins sont enregistrés. Cela s'applique particulièrement à la relation entre la maladie sous-jacente et ses manifestations lorsque les deux peuvent être disponibles en tant que classes dans la classification. Ceci est mieux illustré par un exemple :

Un patient atteint d'une cardiopathie ischémique peut également souffrir de fibrillation auriculaire et de l'anxiété qui en résulte.

La politique devrait être d'inclure comme épisodes de soins distincts des manifestations qui nécessitent une gestion différente, et dans l'exemple ci-dessus, la fibrillation auriculaire et l'anxiété seraient enregistrées comme des épisodes de soins supplémentaires.

Certains systèmes électroniques acceptent que les problèmes soient codés avec un code d'intervention/processus. Ceci n'est ni recommandé ni correct. Les interventions ont toujours lieu dans un épisode de soins et, comme indiqué précédemment, l'épisode de soins peut, par exemple, concerner le besoin de vaccination ou de dépistage. Les interventions réalisées dans ces épisodes de soins doivent être codées avec les codes d'intervention du chapitre I - Interventions et processus, et non avec les classes du chapitre A1.

Règles générales de codage des problèmes de santé et des soins non liés à une maladie - suite

Dans la CISP, la localisation au sein d'un système corporel a la priorité sur l'étiologie, de sorte que le chapitre approprié doit être utilisé lors du codage d'un état qui, en raison de son étiologie, peut être trouvé dans plusieurs chapitres (par exemple, un traumatisme).

Tous les épisodes de soins non liés à un problème de santé, par exemple la planification familiale, la prévention, les examens de routine, etc. sont répertoriés dans le chapitre A1.

- Le chapitre A (général) ne doit être considéré que si le site n'est pas spécifié ou si la maladie affecte plus de deux systèmes corporels.
- Les chapitres B - W fournissent des classes spécifiques basées sur le système corporel ou l'organe concerné par la maladie et sur l'étiologie.
- Les affections accompagnant et affectant la grossesse ou la puerpéralité sont généralement codées au chapitre W, mais une affection n'est pas codée au chapitre W simplement parce que la patiente est enceinte ; elle doit être codée dans la classe appropriée du chapitre représentant le système organique concerné.
- Tous les problèmes sociaux, qu'ils soient identifiés comme un motif de consultation ou comme un problème, sont répertoriés dans la composante (ZC) du chapitre Z.
- Les problèmes de participation et d'activités sont répertoriés dans la sous-composante 2Fo du chapitre II.

Règles spécifiques de codage des problèmes de santé à l'aide de critères d'inclusion (voir également le chapitre 4 du livre : Manuel et classification de la CISP-3)

Règle 1

Le codage des diagnostics doit se faire au plus haut niveau de spécificité possible pour la rencontre avec le patient.

Règle 2

La description contient les informations nécessaires pour permettre le codage dans cette classe.

Règles générales de codage des problèmes de santé et des soins non liés à une maladie - suite

Règle 3

Consultez la description et l'inclusion après avoir formulé le diagnostic. Il ne s'agit pas de lignes directrices pour le diagnostic, et elles ne sont pas destinées à être utilisées comme guide pour les décisions thérapeutiques.

Règle 4

Si la description et l'inclusion ne correspondent pas, effectuez une recherche dans le navigateur en saisissant le ou les termes dans le champ de recherche.

Règle 5

Pour les classes sans description, consultez la liste des termes d'inclusion et d'index dans la classe, et tenez compte des termes d'exclusion.

Double codage

Le double codage n'est conseillé que pour quelques classes si l'enregistrement de la manifestation ou de la cause est cliniquement important. Par exemple, dans la classe FD67, il est recommandé de coder également l'agent causal connu, par exemple le diabète TD71 - TD72 ou l'hypertension KD73 - KD74.

Le double codage est conseillé dans la Note de ces classes.

Dans le navigateur CISP-3, il y a une option pour rechercher et sélectionner plus d'un code, y compris les extensions de codes spécifiques. Ces codes peuvent être copiés dans le presse-papiers et collés dans un document ou un système électronique.

Enrichir la CISP -3 dans la perspective du statut fonctionnel et des facteurs connexes

Avec les classes du chapitre II, on peut décrire le statut fonctionnel et ses facteurs connexes de toutes personnes en contact avec le système de soins de santé dans les établissements de soins primaires et communautaires (premier contact et suivi). Les classes acquièrent un sens lorsque le patient fait une déclaration à leur sujet, par exemple s'il rencontre un obstacle à la participation ou une limitation dans une activité, ou si le patient éprouve un problème lié à son statut fonctionnel et aux facteurs connexes (déficience) au sujet de son énergie, de sa mémoire ou de son équilibre.

Les classes du chapitre II sont liées à la personne et ne se rapportent pas spécifiquement à un épisode de soins. L'enregistrement des classes du statut fonctionnel et des facteurs connexes peut avoir lieu à l'intérieur et à l'extérieur de l'épisode de soins. Toutes les classes d'activité enregistrées doivent toujours être impliquées dans l'analyse des épisodes de soins.

Le « statut fonctionnel et les facteurs connexes » offrent ensemble une "image" descriptive, ou un "instantané" de la personne à un moment donné. La relation entre le statut fonctionnel (de l'individu) et ses facteurs connexes ne peut être comprise que dans le contexte plus large du cadre de la CISP-3.

Sélection des classes

Les items liés au statut fonctionnel (de l'individu) et aux facteurs connexes sont un sous-ensemble sélectionné de catégories de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS, qui fournit une vue d'ensemble d'une personne dans une approche personne-en-contexte, à un certain moment dans le temps.

Lorsque cela est indiqué dans les références des catégories, un ensemble spécifique d'items est disponible sous la forme d'un outil d'évaluation du statut fonctionnel (et du handicap). Ces ensembles peuvent être considérés comme des implémentations de la CIF dans un cas d'utilisation spécifique.

- En premier lieu, il y a le World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) de l'OMS, qui est disponible sur www.psychiatry.org/dsm5. Le WHODAS 2.0 est un outil d'application générale pour l'évaluation des difficultés dues à des problèmes de santé ou de santé mentale. Il est conseillé d'utiliser cet outil d'évaluation pour la collecte de données sur le handicap chez les adultes âgés de 18 ans et plus.

- Pour une utilisation spécifique dans les établissements de soins primaires, l'échelle de statut fonctionnel en soins primaires (Primary Care Functioning Scale - PCFS) a été développée et validée pour les patients de 50 ans ou plus en soins primaires souffrant de morbidité chronique et de multimorbidité. La PCFS est disponible sur le site web [CISP -3.info](http://CISP-3.info). Les propriétés psychométriques du PCFS ont été établies et le PCFS peut également être utilisé comme un instrument de mesure valide et fiable. D'autres recherches sur le PCFS sont nécessaires afin d'étudier si le PCFS est également un instrument faisable, efficace et pratique à utiliser dans le domaine complet des soins primaires [1,2].

- Selection des classes - suite -

- En outre, les "Arrêts de Travail en médecine générale ont été développés à partir de la Classification Internationale de Fonctionnement" (ATCIF) pour la prescription de congés de maladie. Dans de nombreux pays, les prescriptions de congé de maladie sont fréquemment utilisées dans les soins primaires/les cabinets de médecine générale. L'utilisation de la CISP-3 pour les prescriptions de congés de maladie, au lieu de l'approche médicale traditionnelle, soutient et modifie la manière dont les professionnels de la santé et les patients communiquent dans le contexte du travail.

Les questions de ces trois questionnaires ont été détaillées en tant que classes dans le chapitre II et leur utilisation est encouragée chaque fois que cela est pertinent, en tant qu'éléments séparés ou notés avec le WHODAS 2.0, le PCFS ou l'ATCIF.

S'il est nécessaire d'avoir plus de détails sur le statut fonctionnel et les facteurs connexes que ce qui est disponible dans la sélection d'items présentée, la CIF de l'OMS doit être consultée.

Accès à la classification ICF : <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>

Le composant Statut fonctionnel

Le statut fonctionnel d'une personne peut être défini par la complexité des composantes telles que les fonctions physiologiques des systèmes corporels et les fonctions psychologiques, les caractéristiques anatomiques des parties du corps telles que les organes, les membres et leurs composants et l'exécution de tâches ou d'actions par un individu en tant que tel ou l'implication d'une personne dans une situation de vie.

Les fonctions physiologiques des systèmes corporels et les fonctions psychologiques sont appelées **Fonctions corporelles** (niveau du corps et du système corporel).

Les caractéristiques anatomiques des parties du corps telles que les organes, les membres et leurs composants sont appelées **Structures du corps** (niveau du corps).

Les structures anatomiques en tant que telles ne sont pas classées dans la CISP-3. Dans la CISP-3, les termes anatomiques sont harmonisés avec le modèle fondamental d'anatomie (FMA), et donc avec la même terminologie que dans la CIF et la CIM-11.

L'exécution de tâches ou d'actions par un individu est appelée "**activités**" (au niveau de la personne).

L'implication d'une personne dans une situation de vie est appelée "**participation**" (niveau de la personne dans le contexte social).

La composante statut fonctionnel - suite -

Du point de vue des soins primaires, les activités et la participation constituent la partie essentielle de l'élaboration d'une approche centrée sur la personne. Cela signifie que dans CISP-3, le sous-composant **Activités et participation** vient en premier, suivi du sous-composant **Fonctions**.

Lorsque la CISP est utilisée pour enregistrer la composante du statut fonctionnel, **5 règles** s'appliquent

Règle 1

Les classes de la sous-composante **participation** et **activités** peuvent être codées comme RFE, Episode de soins / problème, information liée à un RFE et Episode de soins ou comme partie de questionnaires liés. Sans le score de valeur, ces classes ont peu d'importance dans le contexte du statut fonctionnel et ne devraient pas être utilisées pour coder le statut fonctionnel. Il est nécessaire de demander le degré de sévérité du problème si le patient ne l'exprime pas spontanément.

Exemple:



'Je ne peux pas écrire, je ne peux plus tenir mon stylo". 2F25 Utilisation de la main fine avec l'extension PSV.3 problème complet.

Règle 2

Les classes de fonctions des sous-composantes issues du chapitre statut fonctionnel peuvent être utilisées pour approfondir une RFE ou une plainte et ne peuvent pas être utilisées comme RFE ou Episode de soins. La plainte vertige, fatigue, perte de mémoire formulée par le patient est codée avec les classes de symptômes et de plaintes des systèmes d'organes et non avec une classe de fonction. Bien que certains noms de classe dans les activités se chevauchent avec les noms de classe dans la composante Symptômes, plaintes et résultats anormaux et se réfèrent au même phénomène, ils servent un but ou un rôle différent.

La composante Statut fonctionnel - suite -

Exemple:

'J'ai le vertige. RFE NS09.

Exploration des vertiges par le **professionnel de santé**: 'Est-ce une forte sensation de rotation ou d'inclinaison ?

?

Patient: "il y a plus de rotation mais pas tout le temps". 2F83 Vertiges avec l'extension PSV.1 problème léger/modéré

Les "vertiges" en tant que déficience (problème dans une fonction : 2F83) peuvent être utilisés de manière descriptive pour comprendre dans quelle mesure une personne ressent les vertiges comme un problème. Sans codage du (niveau de) déficience, les vertiges ne sont qu'un élément textuel, difficile à retracer. Le codage en tant que fonction rend les vertiges, et leurs changements, traçables, disponibles pour la discussion et dénombrables.

Le composant facteurs connexes

Les facteurs connexes liés au statut fonctionnel décrivent le contexte dans lequel l'activité, les relations ont lieu et la façon dont l'activité, les relations sont exécutées. Ils sont constitués par les facteurs environnementaux dans lesquels la personne vit (les choses extérieures à la personne) et les caractéristiques personnelles par lesquelles une personne diffère d'une autre. Les fonctions de personnalité requièrent la perception et l'expression de la personne elle-même, ainsi que la mesure dans laquelle une caractéristique personnelle joue un rôle dans le contexte de la santé de la personne.

Règle 3

Les classes du composant facteurs connexes ne sont utilisées que pour approfondir une RFE ou une plainte ou un Episode de soins / problème.

Exemple

'Ma fille a le COVID-19, que dois-je faire pour éviter d'être moi-même infecté ? 'RFE AP203 demande conseil pour l'épisode de soins/le problème.

AP50 Contact avec des maladies transmissibles et exposition à celles-ci.

Et si le prestataire souhaite enregistrer les conditions de vie dans le cadre de la prévention des infections, le code 2R04 Logement doit être utilisé avec une échelle.

Le composant facteurs connexes au statut fonctionnel - suite

Règle 4

Les fonctions de **personnalité** ne doivent être utilisées que si elles sont fournies par la personne elle-même et avec son consentement pour l'utilisation ou la réutilisation. Il ne s'agit pas d'exprimer l'opinion du prestataire de soins sur la personne.

Règle 5

Les classes de la sous-composante **Facteurs environnementaux** ne sont pas destinées à coder les données sociodémographiques et contextuelles. Bien sûr, il peut être important de savoir si une personne vit seule, quelle profession elle exerce, si elle vit dans la pauvreté, etc. Cependant, le sens de ces informations est davantage celui d'une information "de fond", sociodémographique. Elle décrit le contexte du patient et a la même valeur que, par exemple, l'âge, le sexe, le pays de naissance, etc.

Exemples

Le fait de ne pas avoir d'emploi rémunéré ne signifie pas que cela constitue un problème pour le patient.

Si c'est un problème pour le patient, le code de classe est ZC17 Problème de chômage.

Pour explorer le problème du chômage, la classe 2F58 Emploi rémunéré avec l'échelle d'extension peut être utilisée.

Si ce n'est pas un problème, la CISP-3 n'est pas utilisée pour enregistrer cette information.

Le composant facteurs connexes au statut fonctionnel - suite

Histoire de cas

Une femme de 31 ans vient le soir pour une visite non programmée. Patiente : "J'ai une douleur à la cheville". Histoire : Elle a subi un traumatisme le matin. A l'examen, la cheville est gonflée en raison d'un hématome étendu. Pour exclure une éventuelle fracture malléolaire, une radiographie est conseillée. La patiente refuse. Elle est au chômage, appartient à une classe sociale fragile, est peu instruite et n'a pas d'assurance maladie. De plus, elle est mère célibataire et doit s'occuper d'une petite fille de 12 ans. Finalement, la patiente et son médecin conviennent de mettre un simple bandage sur sa cheville en espérant que cela suffira à résoudre le problème.

Codage de cette rencontre :

Le RFE est LS15 Symptôme ou plainte de la cheville. Pendant l'examen physique codé L102, des résultats indiquent une fracture de la malléole. Le diagnostic est une possible fracture de la malléole LD36 et la stratégie suivie n'est pas une radiographie comme on pourrait s'y attendre, mais seulement un bandage L211. Dans ce contexte, l'enregistrement et le codage de la non-assurance 2R19 extension FBV.6 Sécurité sociale, barrière complète par manque d'argent est un facteur important qui explique la décision.

Dans ce cas, le contexte de la patiente est abondamment relaté : mère célibataire, peu instruite, classe sociale fragile, sans emploi, etc. Toutes ces informations ne sont pas liées à son refus de faire une radio. Ce qui est directement lié à cela, c'est qu'elle n'est pas assurée par manque d'argent. Et ce fait est important pour les soins proposés dans cet épisode de soins. L'autre contexte personnel : mère célibataire, peu instruite, classe sociale fragile, sans emploi n'est pas codé.

L'évaluation du statut fonctionnel et la CISP

Dans la version précédente de la CISP, la classe **Fonction limitée / invalidité -28**, était une rubrique standard dans chaque chapitre mais n'était presque jamais utilisée. Le statut fonctionnel mesuré avec les tableaux COOP/WONCA pouvait être codé dans cette rubrique avec l'ajout d'un chiffre supplémentaire [3]. Mais cette approche a été vécue comme problématique car le statut fonctionnel se rapporte au patient dans son ensemble et non au problème de santé d'un chapitre en particulier. La relation est difficile à interpréter dans le cas où il y a plus d'un problème actif, car la comorbidité complique l'interprétation.

Dans la CISP-3, les classes de la composante statut fonctionnel et facteurs connexes de la CISP-3, donnent au prestataire de santé la possibilité de décrire le statut fonctionnel et les facteurs connexes de tous les contacts (premier contact et contact de suivi) liées au patient. Des références sont indiquées pour des questionnaires tels que le PCFS, WHO-DAS 2.0 et ATCIF qui peuvent être utilisés en dehors d'une rencontre avec un RFE ou un épisode de soins spécifique. Par exemple, le PCFS peut être utilisé pour tous les patients de plus de 50 ans présentant une multimorbidité, le WHO-DAS 2.0 comme outil d'application générale pour l'évaluation des difficultés dues à des maladies ou à des troubles mentaux chez les adultes et l'ATCIF pour les prescriptions de congés de maladie. Ce sont toutes des applications différentes des classes de la CIF dans le contexte de la CISP-3.

La qualité de vie ou le bien-être général ne sont pas évalués avec la CISP-3. Cependant, comme décrit ci-dessus, il est possible de décrire l'activité, les relations d'une personne lié à sa santé en dehors de l'épisode de soins. De cette façon, l'activité, les relations deviennent disponibles lors de chaque rencontre et peuvent informer la prise de décision, la définition des objectifs et la mesure des résultats.

. Références

1. S.A.E. Postma, K. van Boven, H. ten Napel, D.L. Gerritsen, W.J.J. Assendelft H. Schers, T.C. olde Hartman. The development of an ICF-based questionnaire for patients with chronic conditions in primary care, *Journal of Clinical Epidemiology*, 103 (2018) p92-p100, Elsevier, Accepted 7 July 2018; Published online.
2. Simone A.E. Postma, Henk Schers, Jules L. Ellis, Kees van Boven, Huib ten Napel, Hugo Stappers, Tim C. olde Hartman Debbie .L. Gerritsen. Primary Care Functioning Scale showed validity and reliability in patients with chronic conditions: a psychometric study, *Journal of Clinical Epidemiology*, 125 (2020) p130-p137, Elsevier, Accepted 13 May 2020; Published online.
3. van Weel C, Konig-Zahn C, Touw-Otten F W M M, van Duijn N P, and Meyboom-de Jong B. Measuring functional health status with the COOP-WONCA Charts: a manual. CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek, The Hague, 1995

Processus de soins, interventions

La CISP peut être utilisée pour coder les interventions et les processus des soins de santé avec presque toutes les classes du Chapitre I. Cependant, la Composante 4 : Résultats et certaines classes de la Composante 5 : Consultation, référence et autres motifs de rencontre, à savoir -501 et -502, ne peuvent pas être utilisées comme intervention. Elles peuvent être utilisées comme une raison de rencontre (RFE).

Les classes d'intervention sont larges et générales, plutôt que spécifiques. Par exemple, une analyse de sang (-105), même si elle ne concerne qu'un seul système corporel (par exemple, cardiovasculaire, K105), peut englober une grande variété de tests différents tels que les enzymes, les lipides ou les électrolytes.

Dans les composantes 1, 2, 6 et la partie de la composante 5 qui peut être utilisée pour classer le processus de soins, les codes de classe sont standards dans tous les chapitres au niveau à trois chiffres. Le code alpha du chapitre ad hoc doit être ajouté par le prestataire qui effectue le codage. Bien que les procédures ne puissent pas être utilisées comme épisode de soins, il existe néanmoins quelques exceptions et il s'agit d'un nombre limité de rubriques du chapitre W qui contiennent des procédures telles que l'accouchement et l'avortement provoqué.

La règle suivante pour l'utilisation de chaque composant du chapitre I renforcera la description des classes des composants

Règle

Chaque fois qu'un code est indiqué précédé d'un tiret (-), sélectionner le code du chapitre parmi les chapitres A-Z. Utiliser le chapitre A lorsqu'aucun chapitre spécifique ne peut être sélectionné. Tous les codes doivent commencer par un code alpha pour être complets. Si l'épisode est une classe du chapitre A1, utilise le code alpha à deux chiffres du composant au lieu de A1.

Exemple :

*La biopsie sera codée -108, pour le système digestif **D108**, pour la peau **S108**, Les médicaments prescrits seront codés -201. Un patient demandant un médicament pour l'asthme **R201**. Un patient demandant des médicaments pour la contraception orale **AF201**.*

Le principe le plus important dans le processus de codage est de coder toutes les interventions qui ont lieu pendant la rencontre et qui ont une relation logique avec l'épisode de soins. Pour plus de spécificité, un cinquième chiffre peut être introduit, voir les exemples ou un lien vers ICHI.

Processus de soins, interventions - suite

Exemple 1

—207 Réparation/fixation/suture/plâtre

L207.1 Application du plâtre ou code ICHI PZX.LC.AH

L207.2 Retrait du plâtre

Convention pour le codage : L207.1

- L représente le Composant Système musculo-squelettique
- —207 signifie **Réparation/fixation/suture/plâtre.**
- .1 représente l'application du plâtre (uniquement)
- Code ICHI : PZX.LC.AH = Application du plâtre et d'attelle

Exemple 2

- —112 Endoscopie diagnostique
- D112 Endoscopie diagnostique du système digestif
- D112.1 Gastrosopie ou code ICHI KBF.AE.AD

Convention pour le codage : D112.1

- D représente le **système digestif**
- —112 signifie **endoscopie diagnostique** .1 correspond à
- **Gastrosopie** (uniquement)
- Code ICHI : KBF.AE.AD = Gastrosopie

Processus de soins, interventions - suite -

A chaque rencontre, plusieurs codes de processus peuvent être utilisés, mais il est important d'être cohérent. Par exemple, la mesure de la pression artérielle, faite en routine pour l'hypertension, peut être codée comme K102 à chaque occasion. Les examens de routine, complets ou partiels, tant pour les systèmes corporels que pour le chapitre général doivent également être codés avec cohérence. Plus loin, on trouvera des exemples de définitions pour les examens complets et partiels qui ont été utilisés dans un cadre. Cependant, il est essentiel que chaque pays développe une définition de ce qui constitue pour sa culture un "examen complet-général" et un "examen complet-système corporel" et que ces définitions soient utilisées de manière cohérente. Cela garantira la cohérence de ce qui est contenu dans chaque "examen général partiel" ou "système corporel partiel" dans ce pays.

Définitions :

Examen complet

Le terme "*examen complet*" désigne un examen qui contient les éléments d'évaluation professionnelle qui, par consensus d'un groupe de professionnels locaux, reflètent la norme de soins habituelle. Cet examen sera complet soit en ce qui concerne le système corporel (par exemple, l'œil, chapitre F), soit en tant qu'examen général complet (chapitre A).

Examen partiel

Le terme "examen partiel" dans n'importe quel chapitre fait référence à un examen partiel dirigé vers le système organique ou la fonction spécifique appropriée. Lorsque plus de deux systèmes sont concernés par un examen limité ou incomplet, il est qualifié de général (chapitre A). La plupart des rencontres comprendront un examen partiel pour évaluer les maladies aiguës et simples ou les visites de retour pour les maladies chroniques. Voici quelques exemples :

Examen complet-général, bilan de santé général : **A101**

Examen neurologique complet : **N101**

Examen partiel-général, contrôle limité de plusieurs systèmes corporels tels que les systèmes respiratoire, cardiovasculaire et neurologique : **A102**

Examen partiel-système corporel, mesure de la pression sanguine : **K102**

Processus de soins, interventions - suite

Les procédures suivantes sont considérées par le Comité de classification de la WONCA comme étant incluses dans les examens de routine à coder dans les rubriques -101 et -102 plutôt que codées séparément :

- inspection, palpation, percussion, auscultation.
- acuité visuelle et fond d'œil
- otoscopie
- sens vibratoire (examen au diapason).
- fonction vestibulaire (à l'exclusion des tests calorimétriques).
- examen digital rectal et vaginal
- examen vaginal au spéculum.
- enregistrement de la pression artérielle.
- laryngoscopie indirecte
- taille/poids

Tous les autres examens doivent être inclus dans d'autres rubriques.

Composante -1 Interventions de diagnostic et de suivi

Une intervention de diagnostic est une intervention clinique destinée à diagnostiquer et à surveiller la maladie, l'état ou la lésion d'un patient.

Composante -2 Interventions thérapeutiques et préventives

Les procédures préventives couvrent un large éventail d'activités de soins de santé, notamment les vaccinations, le dépistage, l'évaluation des risques, l'éducation et le conseil. Le codage des traitements et des médicaments est utilisé pour classer les procédures effectuées sur place par le prestataire de soins primaires. Il n'est pas prévu qu'il soit utilisé pour documenter les procédures effectuées par les professionnels auxquels le patient a été adressé, pour lesquels une liste de procédures beaucoup plus étendue serait nécessaire

Processus de soins, interventions - suite

Composante -3 Programmes liés à des affections déterminées

Ces programmes de soins consistent en une combinaison de diverses interventions telles que des questions lors de l'anamnèse, des analyses de sang et d'urine, une spirométrie, des conseils et des options stratégiques, réalisées dans la pratique des soins primaires.

En général, plusieurs professionnels de la santé sont impliqués dans un "programme". Cela implique qu'un plan de soins doit refléter l'approche intégrée de tous les professionnels de santé impliqués. On pourrait aussi appeler cela le mode de travail et de pensée bio-psycho-social.

Pour comprendre exactement ce qui a été fait dans le cadre du programme, il faut coder les interventions séparées de la composante -3.

Les programmes de la composante -3 sont déjà dotés d'un préfixe pour les chapitres auxquels ils s'appliquent.

Composante -4 Résultats

La composante -4 ne se rapporte pas au processus ou aux interventions

Composante -5 Consultation, référence et autres raisons de la rencontre

Les consultations et les références à d'autres prestataires de soins primaires, médecins, hôpitaux, cliniques ou agences à des fins thérapeutiques ou de conseil, doivent être codés dans cette composante. Les rencontres et les problèmes initiés par le prestataire -501 ou par une personne autre que le patient ou le prestataire -502 sont également à coder avec les classes de cette composante.

Pour plus de spécificité, un cinquième chiffre ou des liens préférentiels vers des tables de référence utilisées localement pourraient être ajoutés, par exemple

:

—503 Consultation avec un prestataire de soins primaires

—503.1 Infirmier.e

—503.2 Kinésithérapeute

—505 référence

—505.1 Infirmier.e

—505.2 Kinésithérapeute

—506 Référence à un spécialiste, une clinique ou un hôpital

—506.1 Interniste

—506.2 Cardiologue

Processus de soins, interventions - suite

Composant -6 Administratif

Ce composant est conçu pour classer les cas où la fourniture d'un document ou d'un formulaire écrit par le prestataire à l'intention du patient ou d'un autre organisme est justifiée par les règlements, lois ou coutumes en vigueur. La rédaction d'une lettre de référence n'est considérée comme un service administratif que lorsqu'il s'agit de la seule activité réalisée pendant la rencontre, sinon elle est incluse dans la composante 5. La rédaction d'un plan de soins peut être codée ici avec le code de rubrique -602.

Extensions régionales (chapitre III)

La CISP a été développée initialement pour fournir une classification des soins de santé primaires au niveau international, en complétant les éléments de données requis dans la suite des classifications internationales de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Par ailleurs, les besoins en matière de soins primaires doivent être satisfaits au niveau régional et national. La CISP-3 a donc étendu son contenu pour répondre aux besoins de codage nationaux et régionaux.

De la même manière que les codes de base de la CISP-3 sont sélectionnés en fonction de la fréquence internationale, les codes de l'extension régionale sont basés sur la fréquence des classes et des codes dans les enregistrements de soins primaires nationaux et régionaux. En outre, les classes et les codes de la liste Global Burden of Disease (GBD), nécessaires à la prise en compte d'une couverture mondiale des problèmes de santé, ont été inclus dans les extensions régionales. Pour le moment, il existe des extensions régionales pour l'Afrique, l'Europe et l'Amérique du Sud. D'autres extensions seront disponibles lorsqu'elles seront souhaitées par une région spécifique.

Si une demande de nouveau code pour une classe est soumise par plus de deux (grandes) régions, cette classe, après une procédure de mise à jour approfondie, peut être acceptée comme code à 4 chiffres dans la classification de base.

En principe, les classes/codes nationaux ou régionaux font partie de l'inclusion d'une classe de la version principale (chapitres A1-II) de la CISP-3, où le code à 6 chiffres est déjà présenté.

L'utilisation du code à 6 caractères est encouragée chaque fois que le terme d'inclusion spécifique est utilisé. Cela évitera de devoir inventer des codes nationaux pour des termes déjà présents dans la CISP-3 et favorisera l'échange de données.

Exemples:

Fièvre de Lassa" AD14.05 dans l'extension africaine figure dans la CISP en tant qu'inclusion dans AD14.

Scarlatine' AD24.09 dans l'extension européenne figure dans la CISP en tant qu'inclusion dans AD24.

'Maladie du virus Zika' AD14.08 dans l'extension d'Amérique du Sud figure dans la CISP en tant qu'inclusion dans AD14

Porteuse de l'hépatite B' AP80.01 dans l'extension africaine et sud-américaine figure dans la CISP en tant qu'inclusion dans AP80.



Pour éviter que les mêmes plaintes et maladies ne se voient attribuer différents codes dans les extensions régionales, la demande d'un nouveau code régional est coordonnée de manière centralisée.

Codes réservés (Chapitre IV)

Ce chapitre contient des classes avec des codes pour de nouvelles maladies qui peuvent être utilisées dans des situations d'urgence d'importance épidémiologique, étant donné le risque de propagation (nationale ou internationale) des infections. Ces codes sont alignés sur les codes de la CIM. Dans la version actuelle de la CISP-3, il y a 9 classes vides disponibles.

Grades d'extension (Chapitre V)

Les grades d'extension sont fournis en tant que codes supplémentaires ou positions additionnelles pour donner plus de détails ou de sens au code initial, si on le souhaite. Les grades d'extension ne doivent pas être utilisés sans un code initial. Dans la version actuelle de la CISP-3, il y a trois catégories, dont deux s'appliquent à des classes spécifiques : Echelle de valeur et Temporalité.

Echelle de valeur

Actuellement, 5 catégories d'échelles de valeur sont utilisées dans la CISP-3 :

- L'échelle de valeurs de consentement (CSV- Consent Scale value) est utilisée par un patient ou un client pour exprimer le niveau d'accord concernant les Fonctions de Personnalité (2R3). Sans ces valeurs, les Fonctions de Personnalité (stabilité psychique, confiance, etc.) n'ont pas de signification spécifique.
- L'échelle de valeurs de facilitation ou d'obstacle (FBV- Facilitator or Barrier Value) est utilisée par un patient ou un client pour exprimer le niveau de facilitation ou d'obstacle des classes constituées par l'environnement dans lequel vit la personne (logement, hygiène, famille proche, etc.).
- Le volume expiratoire forcé (VEM) est un rapport calculé pour indiquer le volume d'air expiré dans des conditions forcées au cours de la première seconde d'expiration (VEM₁). Il est également appelé la capacité vitale des personnes atteintes de bronchopneumopathie chronique obstructive.
- Les critères GOLD ou l'échelle de gravité sont développés par la Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease.
- L'échelle de la New York Heart Association (NYHA), une échelle qui fournit un moyen simple de classer l'étendue de l'insuffisance cardiaque.
- L'échelle de valeurs des problèmes (PSV - Problem Scale value). Dans la CISP-3, aucune distinction n'est faite entre le fait d'avoir un problème avec une fonction ou une activité ou participation (lire, conduire, s'habiller).

Pour le composant statut fonctionnel, les valeurs de l'échelle sont exprimées en termes de niveau de valeur du problème. Utiliser ces valeurs à un moment donné ou sur une période donnée permet d'obtenir des informations sur la situation réelle du statut fonctionnel, soit un "instantané" de la personne. Ces valeurs peuvent également être utilisées pour la fixation d'objectifs et l'évaluation intermédiaire des progrès.

Grades d'extension (Chapitre V) - suite

Temporalité

Evolution

Pour indiquer la durée d'un trouble, on distingue les maladies à évolution aiguë, subaiguë et chronique. La démarcation entre ces 3 catégories n'est pas claire. Habituellement, une période de 4 semaines est utilisée pour les affections aiguës (dictionnaire WONCA moins de 4 semaines), subaiguë pour la durée entre 1 mois et 3-6 mois, et chronique pour une durée de plus de 3 - 6 mois (dictionnaire WONCA une maladie ou un handicap qui dure 6 mois ou plus).[1]

Causalité

Causalité

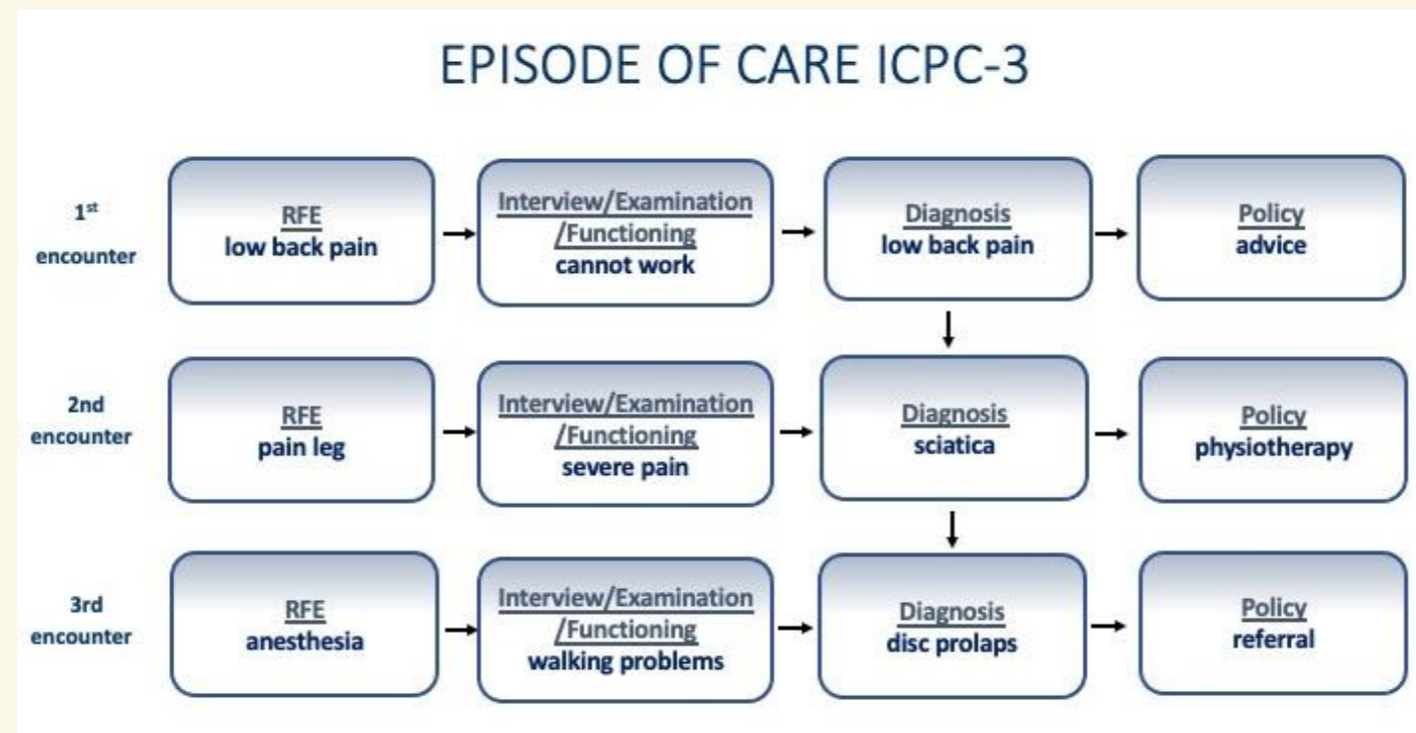
- Est présentée au chapitre V à des fins informatives uniquement pour aborder la causalité des classes au sein d'un composant. Un certain nombre de ces types de classe se sont vus attribuer une couleur spécifique qui est indiquée dans la classification. La couleur est également utilisée pour la version bureau sur support papier afin d'augmenter la valeur informative de la feuille. La causalité sera répartie selon :
 - infection
 - néoplasme
 - traumatisme
 - congénital
 - autre diagnostic

- **Référence**

Bentzen N (ed.). An international glossary for general/family practice. Fam.Pract. 1995; 12:341-369.

Épisode de soins

L'ensemble des problèmes (y compris organiques, psychologiques et sociaux), la prévention, le dépistage, la vaccination et la planification familiale, gérés par le prestataire, sont enregistrés sous forme d'épisodes de soins. Les raisons de rencontre, le statut fonctionnel, les problèmes de santé, les diagnostics, la planification familiale, la prévention et le processus de soins et d'interventions forment le noyau d'un épisode de soins composé d'une ou plusieurs rencontres, y compris les changements dans leurs relations au fil du temps ("transitions"). Par conséquent, un épisode de soins fait référence à tous les soins fournis pour un problème de santé identifié, la prévention, la vaccination et la planification familiale chez un patient particulier. Si l'épisode se compose de trois rencontres, alors le titre de l'épisode (pour les trois contacts de cet épisode) est l'étiquette diagnostique à la fin de l'épisode (c'est-à-dire le diagnostic final). Voir la figure 1. Les changements d'étiquette diagnostique au cours de l'épisode sont relativement peu fréquents, surtout dans les épisodes de symptômes (épisodes de soins dans lesquels le code final est un symptôme et non une maladie). L'épisode de soins permet de regrouper les informations au fil du temps. Les prestataires de soins peuvent s'en servir pour améliorer la continuité et la coordination des soins. La possibilité de collecter des données à l'aide de l'épisode de soins permet également de mieux comprendre les processus liés à certaines maladies au fil du temps, et donc de mieux comprendre ce qu'ils impliquent et les coûts associés à la maladie.



Épisodes de symptôme

Lorsque le médecin code l'épisode de soins comme un épisode de symptômes, cela ne signifie pas que le patient se soit plaint d'un seul symptôme dans cet épisode. Dans le cas d'un patient présentant la RFE 'fatigue', le médecin prend l'historique du patient et l'examine. Pendant l'entretien, le patient semble également souffrir de vertiges, de tremblements et de jambes fatiguées. Le médecin juge que ces plaintes sont trop proches les unes des autres et choisit d'étiqueter cet épisode avec le titre d'épisode 'fatigue'.

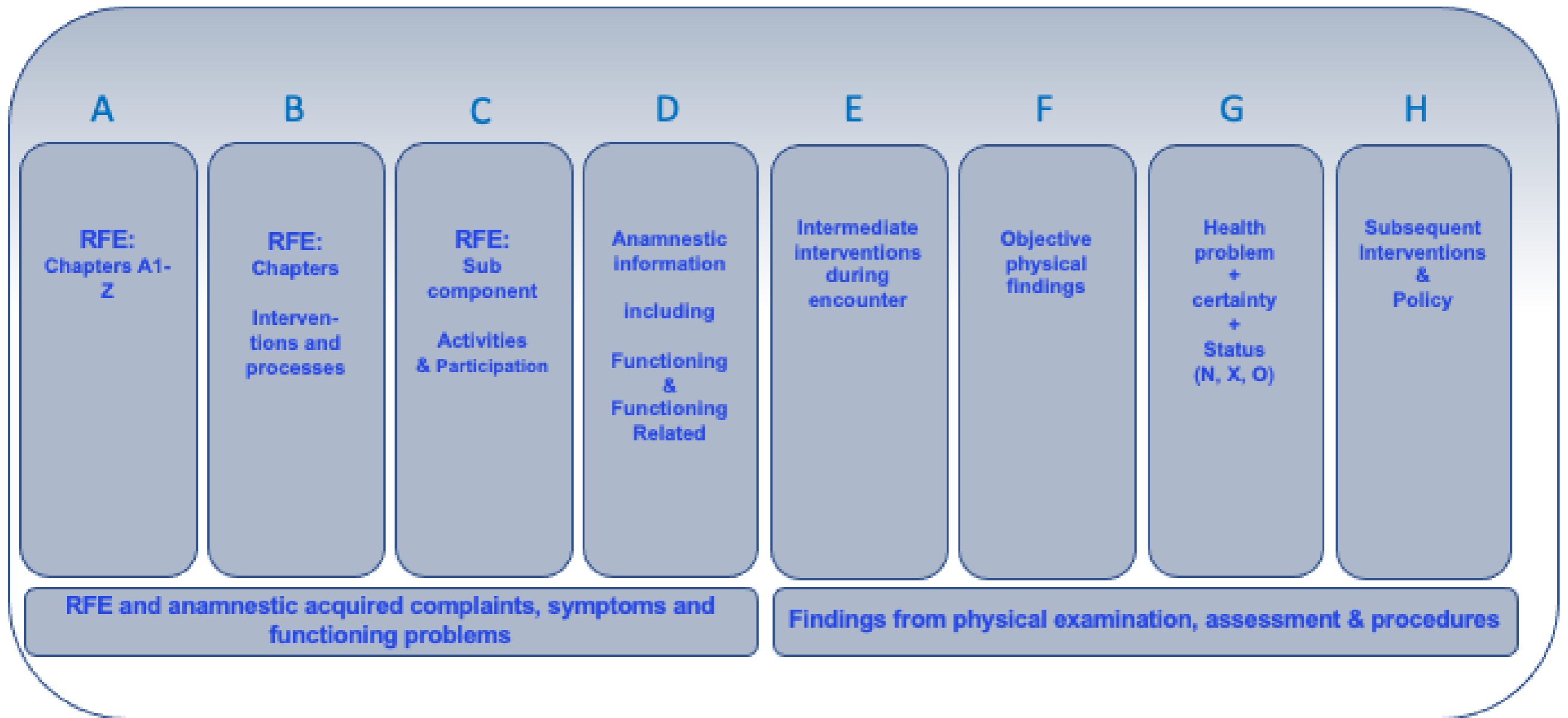


Figure 2. Structure proposée pour décrire les rencontres, un exemple de la façon dont les données au cœur d'un dossier patient informatisé peuvent être codées avec la CISP.

Structure proposée - suite

Les trois éléments de base initiaux des rencontres à coder avec la CISP (motif de la rencontre, problème de santé et interventions), enrichis d'un quatrième élément, le statut fonctionnel et son contexte, ont été étendus à huit options de saisie de données (A, B, C, D, E, F, G et H) pour les dossiers informatisés des patients (Fig. 2). Le motif de la consultation est enregistré dans trois sections : les symptômes et les plaintes du patient, les demandes d'intervention du patient et les limitations des activités et les obstacles à la participation exprimés par le patient (A, B et C). Les motifs de consultation sous forme de symptômes, de plaintes ou de problèmes de santé/diagnostics doivent être distingués explicitement de ceux sous forme de demandes d'interventions telles qu'une ordonnance, une radiographie, une référence ou un conseil et sous forme de limitations d'activités ou d'obstacles à la participation. Pourquoi est-ce important : les demandes d'une certaine intervention sont souvent suivies de la réalisation de cette intervention : lorsque les patients demandent des médicaments ou une analyse de sang, ils les reçoivent souvent. Puisque les patients influencent activement les soins fournis par les PS, il est important de le documenter explicitement.

Il semble utile à l'avenir d'enregistrer également les résultats cliniques anamnestiques, y compris les fonctions et les informations liées au statut fonctionnel (D), séparément de la RFE. Toutes les classes pertinentes peuvent être utilisées à cette fin. Il convient de noter que la CISP-3 n'inclut pas encore une classification des résultats physiques objectifs par le professionnel de santé (F).

Les deux nouvelles applications, le codage des données anamnestiques et les constatations physiques objectives, pourraient être incluses dans la structure des rencontres et des épisodes d'un dossier patient informatisé.

L'utilisation des motifs de rencontre et des données anamnestiques pour estimer les probabilités préalables est clairement très utile. La différence entre un symptôme exprimé par le patient comme motif de consultation et un symptôme évoqué par le médecin est retenue, et les probabilités peuvent être calculées séparément si nécessaire.

Les processus de soins sont enregistrés comme des interventions intermédiaires (celles qui ont lieu pendant la rencontre, E) et, après l'identification du diagnostic ou du problème (G), comme des interventions ultérieures (H). Un diagnostic ou un problème peut être évalué selon sa certitude. L'occurrence peut être enregistrée comme "incidente" (N = nouveau problème), "prévalente" (X = premier enregistrement d'un problème ancien dans un épisode existant), ou comme un "suivi" (O = ancien problème). La différence entre ce qui est effectivement fait par le prestataire de soins au moment de la rencontre et ce qui est prévu est importante pour l'analyse des données d'utilisation, la variation entre prestataires de soins et l'application des directives. Cela permet également de mieux comprendre le passage des probabilités antérieures lors de la première rencontre d'un épisode de soins aux probabilités postérieures lors du suivi.

Pour enregistrer plus de spécificité dans les interventions, qui ne sont pas fournies dans la CISP-3, une classification d'interventions plus spécifique peut être utilisée en plus et liée à la CISP. Il peut s'agir de l'ATC pour -201 et -202, de la LOINC ou d'une liste de tests de laboratoire utilisée localement, etc.

Il n'est pas possible d'inclure ce niveau de détail dans la CISP-3. Le développement de ces relations est une activité permanente.

Fin du Manuel